

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

444

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

BÉTEAU Jean-Pierre

Né le 30 Mars 1900, à CLISSON (Loire-Inférieure)

A PROPOS

d'une

ÉPIDÉMIE AUTOCHTONE D'AMIBIASE

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIES VIEILLEMARD

16, RUE DE LA GLACIÈRE, 16

—
1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
	N...
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	JEANSELME.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JÉANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	ROUVIÈRE.
Professeur sans chaire.....	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
AUBERTIN....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOIN....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE....	Chimie biologique.
BROCC.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT....	Pathologie chirurgicale.
CHABROL....	Pathologie médicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG....	Anatomie pathologique.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GATELLIER...	Pathologie chirurgicale.
HARVIER.....	Pathologie médicale.

MM.

HEITZ-BOYER.	Urologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL..	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
QUÉNU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHTER Fils...	Physiologie.
SÉZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)....	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERRER....	Histologie.
TANON.....	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ALGLAVE..... Clinique chirurgicale.
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.... Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LE LORIER.... Clinique obstétricale.
LEREBOULLET Clinique médicale infantile.

MM.

LÉRY..... Clinique médicale.
LÉPER..... Clinique médicale.
MOCQUOT..... Clinique chirurgicale.
PROUST..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ.... Clinique chirurgicale.
VILLARET..... Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDQUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend en donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0098

Docteur Jean-Pierre BÉTEAU

A PROPOS

d'une

ÉPIDÉMIE AUTOCHTONE D'AMIBIASE

A PROPOS D'UNE ÉPIDÉMIE AUTOCHTONE D'AMIBIASÉ

Une épidémie d'amibiase dans un asile d'aliénés. — Dans un asile d'aliénés de la métropole éclata, en août 1925, une épidémie de dysenterie. Durant la quinzaine qui suivit l'observation du premier cas, 10 malades présentant ce syndrome entrèrent à l'infirmerie.

La notion d'épidémicité conduisit à l'examen microscopique des selles dysentériques : dans tous les échantillons prélevés, il y avait présence d'*Entamoeba histolytica*. Les cas observés ultérieurement relevaient d'ailleurs tous de cette étiologie.

Origine de l'épidémie. — Quelle était l'origine de cette épidémie?

Nous émettons l'hypothèse qu'elle eut pour point de départ un malade d'origine marocaine, *à priori* amibien avant son internement, qui présenta, quelques semaines avant la déclaration des premiers cas reconnus, un épisode dysentérique qui passa inaperçu et quelques mois plus tard, une poussée de reviviscence dont la nature amibienne fut alors vérifiée (obs. 82). Or, ce malade, isolé depuis son entrée à l'asile, n'avait pu contaminer directement les pensionnaires de l'établissement.

Vecteurs de l'agent pathogène. — L'eau, fournie par la ville voisine, ne contenait pas de coli-bacilles. Mais les déjections humaines, celles du malade sus-cité y comprises, servaient à fumer les jardins et il est vraisemblable que certains légumes, consommés crus, étaient souillés de kystes amibiens.

Marche de l'épidémie. — C'est qu'en effet les cas d'amibiase se sont, au début, déclarés simultanément dans divers quar-

tiers, lesquels sont strictement isolés les uns des autres; la transmission directe d'homme à homme, qui a pu jouer dans les cas observés dans un même pavillon, ne peut expliquer l'éclosion de la maladie dans des quartiers encore vierges.

De plus, la contamination de personnes non aliénées, n'ayant aucun contact avec les malades, mais vivant à l'intérieur de l'asile et recevant leurs aliments de l'unique cuisine de l'établissement, l'absence de cas semblables *extra-muros* (l'asile est situé aux portes d'une ville) permettent d'incriminer les légumes consommés crus du rôle de vecteur de l'agent pathogène.

Mesures de prophylaxie. — Dès que la nature de l'affection fut reconnue, des mesures de prophylaxie furent prises pour enrayer l'extension de l'épidémie dans cette collectivité où toutes les circonstances étaient favorables à sa diffusion.

Une surveillance étroite, même à propos d'un trouble digestif banal, afin de reconnaître, dès que possible, les nouveaux cas, l'isolement, dans une infirmerie spéciale, l'institution d'un personnel intelligent et réservé aux infestés, l'éducation (?) hygiénique des pensionnaires de l'établissement, le thermomètre et le couvert individuels stérilisés après usage, la désinfection de tout matériel pouvant être souillé, la suppression des aliments crus, la destruction des déjections humaines et des mouches, toutes ces mesures ralentirent la marche extensive de l'épidémie, sans toutefois l'arrêter, ce qui tient, croyons-nous, à ce fait que nombreux furent les individus précocement parasités et qui, même sans devenir cliniquement malades, semèrent leurs kystes sans que l'on s'en doutât.

Absence d'Epizootie. — Or, nombreux étaient les chats dans cet établissement. Aucun ne mourut de mort suspecte et, en particulier, après avoir présenté de syndrome dysentérique.

L'un d'eux eut des troubles intestinaux dont un examen coprologique ne démontra point la nature amibienne.

Cette absence d'épizootie confirme cette notion classique que l'inoculation du chat, facile à réaliser expérimentalement par voie rectale quand on utilise des animaux jeunes, est très problématique *per os* quand il s'agit d'adultes.

Néanmoins, par précaution, nous décidâmes l'extermination de la gent féline.

OBSERVATIONS

Exception faite de quelques-unes d'entre elles où il est spécifié qu'il s'agit d'amibiase chronique, nos observations sont relatives à des cas de dysenterie amibienne aiguë.

Nous les avons groupées selon les traitements appliqués et les résultats cliniques et coprologiques que nous avons obtenus.

Nous signalons les rechutes observées; l'absence de précisions à ce sujet signifie qu'il n'y a pas eu de rechute dans le cours de l'année ou de deux années qui ont suivi la cure d'attaque.

Nous utilisons les abréviations suivantes :

S : temps de disparition macroscopique du sang des selles (à dater du début du traitement);

SN : temps de retour des selles à la norme, c'est-à-dire à une selle quotidienne macroscopiquement normale.

Traitements classiques.

Les médicaments classiques utilisés ont été : l'ipéca, l'émétine, le novarsénobenzol intra-veineux ou *per os*, le stovarsol, le tréparsol.

I. — *Succès cliniques et coprologiques après traitement d'attaque (après guérison clinique de l'épisode aigu, l'examen coprologique ne permet pas de trouver de kystes amibiens).*

Observation 1. — Première atteinte de dysenterie amibienne aiguë. Ipéca à la brésilienne. S : 10 jours. — SN : 16 jours.

Obs. 2. — Ipéca à la brésilienne. S : 8 j. — SN : 15 j.

Obs. 3. — Forte urobilinurie. Ipéca. S : 7 j. — SN : 10 j.

Obs. 4. — Ipéca. Rechute l'année suivante (voir Obs. 4 bis).
S : 11 j. — SN : 19 j.

Obs. 5. — Emétine. 16 gr. de tréparsol. S : 2 j. — SN : 7 j.

Obs. 6. — Emétine, 0 gr. 80. Tréparsol. S : 10 j. SN : 13 j.

Obs. 7. — Emétine, tréparsol. S : 3 j. — SN : 10 j.

Obs. 8. — Emétine, tréparsol. S : 4 j. — SN : 15 j.

Obs. 9. — Emétine, novarsenobenzol intra-veineux, tréparsol.
S : 2 j. — SN : 8 j.

Obs. 10. — Emétine, novarsenobenzol. S : 12 j. — SN : 15 j.

Obs. 11. — Emétine, novarsenobenzol. S : 9 j. — SN : 16 j.

Obs. 12. — Emétine, stovarsol. S : 15 j. — SN : 25 j.

Obs. 13. — Stovarsol. S : 5 j. — SN : 15 j.

Obs. 14. — Emétine, tréparsol. S : 12 j. — SN : 40 j.

Obs. 15. — Emétine, tréparsol. S : 8 j. — SN : 14 j.

Obs. 16. — Emétine, tréparsol. S : 2 j. — SN : 4 j.

Obs. 17. — Emétine, tréparsol. S : 4 j. — SN : 6 j.

Obs. 18. — Emétine, tréparsol. S : 8 j. — SN : 14 j.

Obs. 19. — Tréparsol, stovarsol. S : 6 j. — SN : 9 j.

Obs. 20. — Tréparsol, stovarsol. S : 3 j. — SN : 7 j.

Obs. 21. — Emétine, stovarsol. S : 8 j. — SN : 22 j.

Obs. 22. — Emétine, tréparsol. S : 7 j. — SN : 11 j.

Obs. 23. — Emétine, tréparsol. S : 4 j. — SN : 17 j.

II. — *Echecs cliniques ou coprologiques après traitement d'attaque.*

Obs. 24. — Emétine, tréparsol. Au cours du traitement, réveil
de paludisme ne cédant pas à la quinine, *per os* (voir obs. 24 bis).
S : 6 j. — SN : 13 j.

Obs. 25. — Emétine, tréparsol (voir obs. 25 bis). S : 7 j. —
SN : 11 j.

Obs. 26. — Emétine, novarsénobenzol, tréparsol (voir obs.
26 bis). S : 13 j. SN : 50 j.

Obs. 27. — Emétine 0 gr. 44, en 5 jours (oligurie); narsénol,
16 gr. de tréparsol (voir obs. 27 bis). S : 12 j. — SN : 19 j.

Obs. 28. — Emétine 0 gr. 56, narsénol 4 gr. 80, tréparsol 4 gr. par semaine durant 4 semaines. Sédation de l'épisode aigu, persistance de 2 à 3 selles par jour, nausées, coliques (voir obs. 28 bis). S : 14 j.

Obs. 29. — Même traitement. S : 30 j. — SN : 60 j.

Obs. 30. — Malade de 39 ans. La première atteinte de dysenterie amibienne aiguë est traitée par l'émétine mal tolérée (oligurie), puis par le tréparsol et le stovarsol durant trois mois. A ce moment, les selles glaireuses au nombre de 3 ou 4 par jour, renferment toujours des kystes amibiens (voir obs. 30 bis).

Obs. 31. — Emétine, stovarsol, tréparsol (voir obs. 31 bis). S : 9 j. — SN : 21 j.

Obs. 32. — Emétine. S : 5 j. — SN : 13 j.

Obs. 33. — Emétine, stovarsol, tréparsol (voir obs. 33 bis). S : 3 j. — SN : 7 j.

Obs. 34. — Emétine, tréparsol (voir obs. 34 bis). S : 5 j. — SN : 7 j.

Obs. 35. — Emétine, tréparsol (voir obs. 35 bis). S : 2 j. — SN : 4 j.

Obs. 36. — Emétine, tréparsol (voir obs. 36 bis). S : 6 j. — SN : 8 j.

Obs. 37. — Emétine, tréparsol (voir obs. 37 bis). S : 3 j. — SN : 4 j.

Obs. 38. — Emétine, stovarsol (voir obs. 38 bis). S : 11 j. —

Obs. 39. — Emétine, stovarsol, tréparsol (voir obs. 39 bis).

Obs. 40. — Emétine, stovarsol (voir obs. 40 bis). S : 2 j. — SN : 3 j.

Obs. 42. — Stovarsol. S : 4 j. — SN : 7 j.

Obs. 43. — Stovarsol, tréparsol. S : 6 j. — SN : 9 j.

Obs. 44. — Emétine, stovarsol. S : 3 j. — 10 j.

Obs. 45. — Emétine, stovarsol, tréparsol. S : 2 j. — SN : 11 j.

Obs. 46. — Emétine, tréparsol. S : 7 j. — SN : 15 j.

Obs. 47. — Stovarsol, tréparsol. S : 2 j. — SN : 21 j.

Obs. 48. — Stovarsol, tréparsol. S : 3 j. — SN : 6 j.

Obs. 49. — Tréparsol. S : 11 j. — SN : 18 j.

Obs. 50. — Tréparsol. S : 7 j. — SN : 21 j.

Obs. 51. — Emétine, tréparsol. S : 2 j. — SN : 3 j. (voir obs. 51 bis).

Obs. 52. — Emétine, stovarsol, tréparsol. S : 11 j. — SN : 19 j. (voir obs. 52 bis).

Obs. 53. — Emétine, stovarsol. S : 14 j. — SN : 18 j.

III. — *Cas terminés par l'issue fatale.*

Obs. 54. — Malade de 59 ans. Emétine 0 gr. 80. Stovarsol 7 gr. Tréparsol 12 gr. Après un mois de traitement, le malade présente un point douloureux provoqué et non spontané au niveau du lobe gauche du foie, de la congestion de la base droite, et au bout de deux mois d'observation, meurt constipé et oligurique.

Nécropsie : Intestin bourré de syballes; ulcérations dysentériques classiques. Hépatite du lobe gauche. Vésicule « fraise ». Congestion du poumon droit.

Obs. 55. — Malade de 65 ans. Emétine, novarsénobenzol. S : 15 j. La diarrhée persiste. Mort le trentième jour par ictus.

Autopsie : Ulcérations du colon prédominantes au niveau du rectum. Légère adénite mésentérique. Athérôme aortique.

Obs. 56. — Paralysie générale, albuminurie. Emétine. S : 11 jours. La diarrhée est incoercible. Ictus (hémiplegie gauche). Mort le vingt-troisième jour.

Autopsie : Ulcérations du colon confluentes au niveau du rectum. Nombreux ganglions dans les mésos. Vésicule biliaire remplie de boue biliaire. Congestion de la base pulmonaire droite. Le poumon droit est entièrement adhérent à la paroi. Aortite.

Obs. 57. — Malade de 40 ans. Début de l'affection par l'apparition de 2 à 4 selles quotidiennes pâteuses. Examen coprologique : amibes. Au bout de trois semaines, apparition d'une très faible quantité de glaires légèrement sanglantes. Traitement timide à l'émétine, stovarsol, tréparsol. Mort.

Autopsie : Lésions classiques de la dysenterie amibienne aiguë.

Obs. 58. — Malade de 60 ans. Très amaigri. Emétine. Mort en anurie le vingtième jour.

Autopsie : piqueté hémorragique de la région pylorique de l'estomac. Présence sur la zone juxta-pylorique de la première portion du duodénum d'une douzaine d'ulcérations de la grandeur d'un grain de millet, peu profondes. Colon : ulcérations très nombreuses de plus en plus confluentes, à mesure que l'on se rapproche du rectum; beaucoup de ces ulcérations intéressent toutes les tuniques intestinales, séreuse exceptée. Présence dans le péritoine d'une faible quantité de liquide louche. Vésicule biliaire type « fraise ». Poumons : congestion des bases, caverne du sommet droit.

Obs. 59. — Malade de 65 ans. Déchéance physique accentuée. Emétine. Mort le vingt-cinquième jour.

Nécropsie : Au niveau de l'antra pylorique et de la zone juxta-pylorique de la première portion du duodénum présence d'une dizaine d'ulcérations peu profondes de la taille d'un grain de millet. Cœcum : deux vastes ulcérations du diamètre d'une pièce de 2 francs et 1 franc. Colon ascendant et transverse : quelques ulcérations. Colon descendant, rectum : ulcérations plus nombreuses. Les parois du colon sont épaissies, tomenteuses. L'intestin est rempli de scyballes. Ganglions mésentériques assez nombreux. Poumons : congestion des bases. Aorte : plaque d'athérome.

Obs. 60. — Femme de 60 ans, contaminée par son fils, porteur de germes, non malade. Emétine, stovarsol, tréparsol. Mort par hémorragie intestinale foudroyante.

Obs. 61. — Malade de 70 ans, artérite des membres inférieurs. Tréparsol, stovarsol.

Obs. 62. — Paralyse générale. Traitement timide.

Obs. 63. — Stovarsol, tréparsol.

Obs. 64. — Paralyse générale.

Obs. 65. — Démence sénile.

Obs. 66. — Traitement timide.

Obs. 67. — Traitement timide.

Obs. 68. — Paralyse générale.

Obs. 69. — Paralyse générale.

Obs. 70. — Paralyse générale.

Obs. 71. — Paralysie générale.

Obs. 72. — Traitement timide.

Obs. 73. — Paralysie générale. Au cours d'une série de cyanure de mercure intra-veineux, présente de la diarrhée aqueuse attribuée tout d'abord à de l'intolérance au traitement et à l'élimination intestinale du mercure. Un examen coprologique décèle la présence de kystes amibiens. Nous attribuons le décès à la P. G.

En vertu de considérations que nous exposons plus loin, nous avons appliqué à un certain nombre de malades une thérapeutique (exclusive, en général) bismuthique, puis bismutho-arsenicale par voie musculaire avec les résultats suivants :

a) Traitement par l'iodure double de bismuth et de quinine (0 gr. 30 à 0 gr. 40 tous les 3 ou 4 jours).

I. — *Succès cliniques et coprologiques immédiatement après traitement d'attaque.*

Obs. 74. — Malade de 50 ans, bacillaire, traces d'albumine. 6 injections à 4 jours d'intervalle. S : 2 j. — SN : 15 j.

Obs. 75. — Malade de 69 ans, albuminurique. Traitement parfaitement toléré, 5 injections. S : 4 j. — SN : 12 j.

Obs. 76. — Malade traité d'abord à l'ipéca (persistance des kystes amibiens). Blanchi après 4 injections en 12 jours.

Obs. 77. — Après un épisode aigu très court passé inaperçu, est reconnu porteur de kystes amibiens qui disparaissent en huit jours, après trois injections.

Obs. 78. — Diarrhée d'apparence banale, mais avec kystes, que trois injections en huit jours font disparaître.

Obs. 79. — Sept injections. S : 2 j. — SN : 6 j. — Un an après a une rechute traitée avec succès de la même façon.

Obs. 80. — Emétine, iodure de bismuth et quinine tous les quatre jours. S : 2 j. — SN : 9 j.

Obs. 81. — Est traité à froid après avoir, quelques semaines

auparavant, présente un épisode aigu dont la nature a été rétrospectivement reconnue. Blanchiment coprologique après quatre injections en douze jours.

Obs. 82. — Malade marocain supposé être l'origine de l'épidémie (en raison de sa provenance, il est *a priori* paludéen et amibien). Albuminurie. Tuberculose pulmonaire. Est traité au cours d'une poussée de reviviscence ; quatre injections en seize jours. Stomatite bismuthique ; disparition des kystes. S : 6 j. — SN : 10 j.

II. — *Echecs coprologiques après traitement d'attaque.*

Obs. 83. — Malade de 40 ans, paludéen. Tuberculeux pulmonaire. Albuminurique, urobililurique. Dysenterie à amibes et lamblias. Après six injections d'iodure de bismuth et quinine, grippe bismuthique. Les selles deviennent pâteuses au nombre de deux à quatre par jour. Persistance de kystes amibiens et de lamblias. Reçoit 5 gr. de stovarsol en quinze jours : éruption morbilliforme.

Au bout de plusieurs mois de traitements divers, retour des selles à la normale. Reste porteur de germes. S : 6 j.

Obs. 84. — Tuberculose pulmonaire, albuminurie, urobililurie. Stomatite bismuthique. Persistance des kystes. S : 2 j. — SN : 15 j.

b) Traitement par un complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic.

I. — *Succès cliniques et coprologiques après traitement d'attaque*

Obs. 85. — B. 25 ans. Antécédents : scarlatine très grave, méningite cérébro-spinale, varicelle, excès éthyliques, urobililurie importante.

Contracte la dysenterie qui se manifeste par cinq selles glai-reuses sanglantes dans un après-midi. Examen coprologique : amibes nombreuses.

Le malade ne s'alite pas, continue ses occupations en prenant toutes précautions pour ne pas contaminer les personnes qui

l'approchent ; suit un régime absolument fantaisiste (huîtres, charcuterie, gibier faisandé, beurre, vin, alcool), fume encore plus qu'antérieurement et se prête de bonne grâce aux épreuves suivantes :

Traitement exclusif à l'iodure de bismuth, quinine et arsenic. Une injection est pratiquée le premier jour. Température : 38°5 le soir.

Le lendemain, deux selles très consistantes, présentant à leur surface des glaires en toile d'araignée. Température : 38° le matin, 38°9 le soir.

Deux jours après la première injection, eau-de-vie allemande : amibes rares. Deuxième injection quelques heures après la purgation. Température : 38°1-38°8.

Le malade a, pendant trois jours, une selle quotidienne normale.

Température : 38°3-38°8, 38°-39°2, 38°4-39°, 38°-38°8, 38°1-38°6, 38°-38°5, 37°6-38°, 37°2-38°, 37°-37°6.

Deux jours après la deuxième injection, deuxième purgation. La selle obtenue ne renferme que des kystes amibiens. Troisième injection aussitôt.

Le sixième jour du traitement, le malade n'a pas de selle, puis une normale le lendemain, pas le jour suivant, puis une, puis zéro, puis une, zéro et ensuite une normale par jour.

Le huitième jour, soit après quatre injections d'iodure de bismuth, quinine et arsenic, une selle obtenue par purgatif drastique ne contient plus de kystes amibiens.

Un examen pratiqué un an plus tard, après réactivation et purgatif drastique, est encore négatif.

Le malade n'a présenté aucune séquelle.

Obs. 86. — Malade de 65 ans. Albuminurie, urobilinurie. Sous l'influence de l'iodure de bismuth, quinine et arsenic exclusivement, disparition macroscopique du sang des selles en trois jours. A partir du quatorzième jour, les selles sont normales, au nombre de une par jour. Les kystes amibiens ont disparu. Le traitement a été parfaitement toléré.

Obs. 87. — Tuberculose pulmonaire. Une injection tous les quatre jours. S : 4 j. — SN : 6 j.

Obs. 88. — Tuberculose pulmonaire. Une injection tous les 4 jours. S : 4 j. — SN : 8 j.

Obs. 89. — Une injection tous les 3 jours. S : 2 j. — SN : 5 j.

Obs. 90. — Une injection tous les 3 jours. S : 4 j. — SN : 7 j.

Obs. 91. — *Idem.* S : 3 j. — SN : 5 j.

Obs. 92. — Une injection tous les 2 jours. S : 3 j. — SN : 4 j.

Obs. 93. — *Idem.* S : 2 j. — SN : 5 j.

Obs. 94. — Une injection tous les 4 jours. S : 4 j. — SN : 8 j.

Obs. 95. — Une injection tous les 3 jours. S : 2 j. — SN : 7 j.

Obs. 96. — *Idem.* S : 2 j. — SN : 4 j.

Obs. 97. — *Idem.* S : 3 j. — SN : 4 j.

Obs. 98. — Paludisme. Tuberculose pulmonaire S : 3 j. — SN : 5 j.

Obs. 99. — Une injection tous les 3 jours. S : 2 j. — SN : 8 j.

Obs. 100. — Une injection tous les 2 jours. S : 2 j. — SN : 4 j.

Obs. 101. — Une injection tous les 3 jours. S : 2 j. — SN : 9 j.

Obs. 102. — *Idem.* S : 2 j. — SN : 3 j.

Obs. 103. — Tuberculose pulmonaire. Une injection tous les 3 jours. S : 3 j. — SN : 5 j.

Obs. 104. — *Idem.* S : 4 j. — SN : 11 j.

Obs. 105. — Une injection tous les 4 jours. S : 6 j. — SN : 12 j.

Obs. 106. — Une injection tous les 3 jours. S : 2 j. — SN : 4 j.

Obs. 107. — *Idem.* S : 7 j. — SN : 11 j.

Obs. 108. — Une injection tous les 4 jours. S : 3 j. — SN : 4 j.

Obs. 109. — Une injection tous les 3 jours. S : 5 j. — SN : 6 j.

Obs. 110. — *Idem.* S : 2 j. — SN : 5 j.

Obs. 113. — Malade de 42 ans. Dysenterie à amibes et lamblas datant de douze ans. Après plusieurs séries d'émétine, de stovar-

Obs. 112. — *Idem.* S : 4 j. — SN : 8 j.

Obs. 113. — Malade de 42 ans. Dysenterie amibe et lamblias datan de douze ans. Après plusieurs séries d'émétine, de stovarsol, de tréparsol, le malade anorexique, très amaigri, toujours diarrhéique, est traité par l'iodure de bismuth, quinine et arsenic, une injection tous les deux jours. Les vomissements, la céphalée, qui accompagnaient les traitements précédents, cessent. Les selles tombent à deux par jour, pâteuses; puis, au bout de onze jours, moulées. L'appétit renaît. Au 19^e jour, après 8 injections, un examen coprologique ne permet de trouver que des lamblias. Le malade, qui a repris 3 kilogs, reste un entéritique avec, comme auparavant, des crises douloureuses. La diarrhée reparait un mois après la fin de la première série; un examen coprologique pratiqué à ce moment, et un autre un mois après, sont négatifs.

Obs. 114. — Paludéen. Dysenterie vieille de 5 ans. Après deux mois de traitement à l'émétine, au tréparsol, au stovarsol, les selles sont toujours diarrhéiques, au nombre de deux à cinq par jour, légèrement sanglantes et renfermant des kystes amibiens. L'anoréxie est totale. Au cours d'une crise de paludisme, le malade est traité par l'iodure de bismuth, quinine et arsenic. Dès la deuxième injection, la température revient à 37°, le sang disparaît macroscopiquement des selles. En dix-huit jours, soit après sept injections, les kystes amibiens ont disparu, les selles sont sensiblement normales. L'appétit est revenu.

Obs. 115. — Une injection tous les 4 jours. Ce malade présente six mois plus tard une rechute.

Obs. 116. — Une injection tous les 4 jours. Présente une rechute trois mois après.

Obs. 117. — Malade de 30 ans. Depuis un an, état dysentérique sub-aigu, rebelle à toute thérapeutique. Traité par l'iodure triple, une injection tous les quatre jours; reprise rapide de l'appétit. Les selles sont normales au bout de 15 jours. Un mois plus tard, rechute aisément jugulée.

II. — *Echecs cliniques ou coprologiques après traitement d'attaqué.*

Obs. 118. — Tuberculose pulmonaire; 6 injections à 4 jours d'intervalle. Les kystes amibiens persistent. S : 5 j. — SN : 10 j.

Obs. 119. — Huit injections tous les 3 jours. Les kystes persistent. S : 4 j.

Obs. 120. — Même traitement. S : 3 j. — SN : 12 j.

Obs. 121. — Même traitement. S : 6 j. — SN : 9 j.

Obs. 122. — Même traitement. S : 5 j. — SN : 8 j.

Obs. 123. — Même traitement. S : 3 j. — SN : 14 j.

Obs. 124. — Tuberculose pulmonaire. Même traitement. S : 7 j. — SN : 11 j.

Obs. 125. — Même traitement. S : 5 j.

III. — *Echecs cliniques ou coprologiques après traitements classiques repris avec succès par le complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic.*

Obs. 4 bis. — Traité sans succès par l'ipéca (obs. 4) : persistance des kystes amibiens, qui disparaissent après 6 injections à quatre jours d'intervalle.

Obs. 24 bis. — Echec coprologique après émétine, tréparsol (Obs. 24). Au cours de ce traitement, accès de paludisme ne cédant pas à la quinine *per os*. Les kystes amibiens disparaissent après six injections à trois jours d'intervalle. Aucun accès de paludisme au cours de ce traitement.

Obs. 25 bis. — Echec coprologique après émétine, tréparsol (obs. 25). Disparition des kystes après six injections à trois jours d'intervalle.

Obs. 26 bis. — Echec coprologique après émétine, novarsénobenzol intra-veineux, tréparsol (obs. 26). Six injections à trois jours d'intervalle d'iodure de bismuth, quinine et arsenic, déterminent le blanchiment coprologique.

Obs. 27 bis. — Echec coprologique après émétine, narsénol, tréparsol (obs. 27). Six injections, à quatre jours d'intervalle : disparition des kystes.

Obs. 28 bis. — Echecs coprologique et clinique après émétine, narsénol, tréparsol : sédation de l'épisode aigu, persistance de nausées, coliques et deux ou trois selles par jour (obs. 28). Après six injections d'iodure, retour à la norme et disparition des kystes amibiens.

Obs. 30 bis. — Echecs clinique et coprologique après émétine

(oligurie), tréparsol, stovarsol pendant trois mois; les selles, au nombre de trois ou quatre par jour, sont toujours glaireuses. Retour des selles à la norme et blanchiment coprologique après huit injections d'iodure de bismuth, quinine et arsenic.

Obs. 31 bis. — Echec coprologique après émétine, stovarsol, tréparsol (obs. 31). Blanchiment coprologique après six injections.

Obs. 33 bis. — Émétine, tréparsol, stovarsol (obs. 33). Blanchiment coprologique après six injections d'iodure de bismuth, quinine et arsenic.

Obs. 34 bis. — Echec coprologique après émétine, tréparsol (obs. 34). Disparition des kystes après six injections.

Obs. 35 bis. — Echec après émétine, tréparsol (obs. 35). Blanchiment coprologique après six injections.

Obs. 36 bis. — Même traitement classique (obs. 36). Blanchiment coprologique après six injections.

Obs. 37 bis. — Même traitement (obs. 37). Blanchiment coprologique après six injections.

Obs. 38 bis. — Émétine, stovarsol (obs. 38). Retour des selles à la norme et blanchiment coprologique après huit injections d'iodure de bismuth, quinine et arsenic.

Obs. 39 bis. — Émétine, stovarsol, tréparsol (obs. 39). Echec coprologique réparé par le complexe d'iodure.

Obs. 51 bis. — Echec coprologique après émétine, tréparsol (obs. 51), réparé par l'iodure de bismuth, quinine et arsenic.

IV. — *Echecs cliniques ou coprologiques des médications classiques repris, mais sans succès, par l'iodure de bismuth, quinine et arsenic.*

Obs. 40 bis. — Émétine, stovarsol (obs. 40). Echec coprologique avec le complexe ioduré.

Obs. 41 bis. — Tréparsol, stovarsol (obs. 41). Nouvel échec coprologique.

Obs. 52 bis. — Émétine, tréparsol, stovarsol (obs. 52). Echec coprologique avec l'iodure de bismuth, quinine et arsenic.

V. — *Cas terminés par la mort.*

Obs. 126. — Tuberculose pulmonaire. Le sang disparaît lentement des selles, lesquelles restent diarrhéiques au nombre de deux ou trois par jour, avec présence de kystes amibiens. Décès au bout de deux mois.

Nécropsie : Les lésions dysentériques sont cicatrisées, mais il y a coexistence d'ulcérations intestinales tuberculeuses. Cavernes pulmonaires.

Obs. 127. — Paralyse générale. Sédation de l'épisode aigu. Décès.

Nous ajoutons l'observation suivante, intéressante à divers titres :

Obs. 128. — Dans la famille d'un infirmier éclatent trois cas d'amibiase aiguë, chez des personnes qui, habitant hors de l'établissement et n'y ayant jamais pénétré, ne peuvent avoir été contaminées que par le chef de famille, lequel n'a présenté aucun symptôme intestinal; après purgation, ses selles sont examinées : elles renferment des kystes amibiens.

De ces trois cas, l'un évolue vers l'issue fatale par hémorragie intestinale foudroyante (obs. 60); les deux autres, qui se sont terminés par la guérison clinique, se sont déclarés chez un enfant de quatre ans « bourré » depuis plusieurs semaines de tréparsol pour hérédosyphilis (et en dépit de cet état d'imprégnation arsenicale) (obs. 129) et chez son frère âgé de six ans (obs. 130).

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

Épidémies de dysenterie dans les Établissements similaires.— Les conditions qui, dans cette collectivité d'aliénés, ont provoqué l'apparition de l'épidémie, jouant également dans les établissements similaires, les cas de dysenterie ne sont pas rares dans les autres asiles, en été, mais il s'agit, en général, de dysenterie bacillaire.

Étiologie. — Les cas qui font l'objet de cette étude relèvent d'*Entamoeba histolytica*, en général à l'état de pureté.

Quelques observations néanmoins comportent des associations parasitaires (lamblias, oxyures, tricocéphales, gardia intestinalis) qui, ne jouant pas, au point de vue pathogénique direct, ont pu être une cause d'échec des thérapeutiques instituées.

(Nous rappelons, à propos de l'étiologie, les travaux récents de M. Brumpt, relatifs à l'existence d'*Entamoeba Dispar.*)

Formes dégradées de l'amibe sous l'influence de la thérapeutique.— Lorsque, au cours du traitement par l'iodure de bismuth, quinine et arsenic dont il est parlé plus loin, l'on pratique fréquemment des examens coprologiques, l'on voit l'amibe de « succulente » qu'elle est avant traitement, devenir plus petite, moins mobile, plus difficilement colorable, avec quelques vagues inclusions hématiques et présenter un aspect flétri, desséché, parcheminé, comme si elle perdait une partie de son plasma. Et enfin, elle disparaît, ou

devient kystique. Cet aspect de maladie de l'amibe, qui ne répond pas aux formes *tétragéna* et *minuta* de l'*Entamoeba* nous semble être un stade intermédiaire entre l'amibe typique et la forme kystique. Il y aurait donc lieu, au point de vue diagnostic, et cela présente un intérêt en expertise militaire, de considérer ces formes dégradées, comme des aspects divers de l'amibe, et lorsqu'on les rencontre, de diagnostiquer fermement l'amibiase car ces mêmes amibes peuvent, par la suite, devenir virulentes, quand sous l'influence de la cessation du traitement, les conditions de tropisme deviennent favorables à leur vie.

D'autre part, nous pensons que le caractère sanglant des selles implique l'existence d'amibes libres et que les kystes amibiens ne peuvent seuls expliquer la présence de sang dans les selles.

Amibo-résistance.— Quant à la résistance de l'amibe aux agents thérapeutiques, elle ne nous semble pas toujours due aux parasites associés. En effet, après guérison clinique et blanchiment coprologique de l'amibiase, ceux-ci peuvent persister (ce que doit expliquer leur organisation moins imparfaite), sans entraîner de désordres patents ou de troubles qu'on puisse leur rapporter; d'ailleurs, ce parasitisme est banal et rarement pathogène. Aussi, la résistance de l'amibe nous semble plutôt fonction de terrain.

Les facteurs de l'extension de l'épidémie. — Les circonstances étaient, dans cette collectivité d'aliénés, éminemment favorables à l'extension de l'épidémie.

En effet, il existe dans ce milieu des conditions insolubles de promiscuité.

Les aliénés sont, en majorité, du fait de leur psychopathie, difficiles à surveiller. Certains s'ingénient à dissimuler leur état.

C'est le plus souvent en vain que l'on tente de leur

inculquer des préceptes hygiéniques qu'ils ne comprennent pas ou auxquels ils opposent la force d'inertie, ou une résistance active, et obstinée.

Certains se livrent à des facéties qui les amusent fort, tel cet aliéné, futur dysentérique, qui déféqua dans une assiette. Les persécutés sont difficiles à traiter, le médecin devient un de leurs persécuteurs.

Causes favorisant ou aggravant la morbidité. — Aussi, l'épidémie se propagea rapidement et ce, d'autant plus, qu'en règle générale, les aliénés constituent un excellent terrain pour l'éclosion de toute maladie.

Les tares psychiques y prédisposent.

Le bradyfonctionnement de l'organisme des lypémaniques, le refus d'alimentation des négativistes, le régime restrictif que s'imposent les persécutés, méfiants, favorisent l'apparition de l'état morbide.

Au point de vue somatique, la tuberculose si fréquente, les affections chroniques, l'albuminurie, l'hypohépatie, la cachexie, la sénilité, les antécédents alcooliques, accroissent la réceptivité aux infections et expliquent la gravité de la maladie. Dans une observation particulièrement instructive d'un enfant hérédosyphilitique littéralement « bourré » de tréparsol, l'affection se déclare, au cours de la cure arsenicale. La notion de terrain suffit à expliquer ce fait paradoxal; néanmoins, il semble qu'un médicament curatif doive à *fortiori* être préventif.

Toutes ces conditions, associées à l'infini, font que dans cette collectivité d'aliénés l'épidémie fut assez sévère et que, sur 700 pensionnaires, 130 contractèrent l'amibiase et 22 en moururent.

Pronostic relatif à la collectivité. — Les conditions spéciales inhérentes à un établissement d'aliénés font qu'il est très difficile de circonscrire une épidémie de ce genre. En effet,

dans le cas particulier qui fait le sujet de notre thèse, l'origine alimentaire de l'épidémie ne fait pas de doute.

Les déjections humaines ont, dès le début de l'épidémie, été détruites et n'ont pas été épandues dans les potagers. Celles qui ont primitivement été utilisées pour la fumure des terres ont souillé le sol et les légumes qui y ont poussé. Mais tous les légumes, depuis le début de l'épidémie, ont été consommés cuits. Ce n'est donc pas là la cause dernière de l'endémicité.

Très nombreux sont certainement les individus qui ont été d'emblée parasités et ont pu devenir des dysentériques par la suite, à la faveur de causes déterminant le fléchissement de leur résistance organique. Certains cas, ultérieurement observés, relèvent certainement de ce mécanisme à retardement. D'ailleurs, tous les individus parasités ne sont pas devenus des malades; certains d'entre eux ont vraisemblablement transmis la maladie (obs. 128). De plus, pendant cette période de latence, les futurs malades, porteurs de germes, semeurs de kystes, ont pu, directement ou non, contaminer quelques-uns de leurs voisins. Les malades, guéris cliniquement mais non coprologiquement, peuvent avoir joué, malgré l'isolement, ce rôle contaminateur.

Aussi, tous les ans, et il en sera ainsi durant quelques années encore, de nouveaux cas cryptogénétiques se déclareront, mais étant donné les mesures de prophylaxie appliquées, l'épidémie ira diminuant, sans toutefois aboutir à l'extinction complète.

(Le même phénomène se produit dans les grandes pandémies qui affligent l'humanité. Le fléau, après une période de rapide extension, est circonscrit, ses limites se resserrent sous l'influence des mesures thérapeutiques et prophylactiques, et bientôt il n'en est plus question; néanmoins, l'extinction n'est pas complète; il persiste çà et là quelques foyers sporadiques d'où, quand les circonstances sont favorables, le fléau repart à la conquête du monde.)

Prodromes.— Dans quelques cas, avant le début apparent de la maladie, ont été notées les particularités suivantes :

Le malade de l'obs. 85 accuse, au cours d'une nuit, des pincements intestinaux assez pénibles et suffisants pour provoquer l'insomnie. Il prend une purge drastique; les selles obtenues sont examinées : résultat négatif. Après dix jours sans incidents, il a des selles dysentériques avec amibes.

Chez quelques autres malades a été remarquée une diarrhée passagère, suivie à quelques jours de distance de dysenterie.

Formes anormales.— Nos cas ressortissent en majorité à la forme normale, classique, avec fièvre, selles nombreuses, glaires sanguinolentes, douleurs, ténésme, parfois vomissements (réserve faite des cas où les vomissements étaient manifestement dus à la thérapeutique instituée).

Mais nous avons observé aussi quelques formes anormales, d'ailleurs bien connues, et que nous a révélées l'examen systématique des selles chez tout individu présentant un syndrome digestif, banal en été, que, sans la notion d'épidémicité, nous aurions interprété d'une façon erronée (ex. : ce malade de l'obs. 57, alité, gâteux, cachectique, qui avait quotidiennement deux ou trois selles en « bouse de vache »; l'examen coprologique décela des amibes; le même jour d'ailleurs, nous remarquions dans une selle une quantité minime de glaires teintées de sang.

Un diagnostic délicat concerne ce malade de l'obs. 73, cachectique, qui, au cours d'un traitement intraveineux par le cyanure de mercure, eut une diarrhée banale que nous attribuâmes à la thérapeutique mercurielle. L'examen coprologique décela la présence de kystes amibiens, non en cause à notre sens.

La déshydratation, son intensité, sa gravité.— Nous fûmes frappé par la déshydratation extrême que présentèrent certains

malades en phase aiguë, tels ces individus décédés (obs. 54 et 59) qui, durant leurs derniers jours, étaient très constipés et dont l'intestin présentait de nombreuses ulcérations en activité et était rempli de scyballes.

Cette déshydratation, due à l'énorme déperdition aqueuse par la voie intestinale, n'était pas contrebalancée par l'alimentation et l'absorption de liquides. Elle s'accompagnait d'oligurie. Elle fut un facteur de gravité de l'affection et de mortalité. En effet, quels que furent les moyens mis en œuvre pour la combattre (sérum glucosé sous-cutané, etc.), elle se montra rebelle et sans aucun doute déclancha l'issue fatale.

La fièvre.— Un symptôme que nous n'avons pas constamment observé au cours de l'épisode aigu est la fièvre.

Certains de nos malades ont présenté une température atteignant 39° qui revint à la normale quand l'épisode aigu fut cliniquement guéri.

Chez d'autres, la maladie évolua sans fièvre.

Cette variabilité dépend, croyons-nous, des facultés de résistance de l'organisme aux infections. En effet, les malades fébriles sont, en général, des individus jeunes, ou ne présentant que peu ou pas de tares organiques. L'apyrexie, au contraire, s'observe, le plus souvent, chez des vieillards, des albuminuriques ou des cachectiques (P. G.), dont les fonctions profondément troublées ne permettent pas à l'individu de faire les frais de la maladie. De fait, ces malades payèrent un lourd tribut à la mort, ce qui ne saurait surprendre car, dans toutes les affections fébriles par définition, l'absence de fièvre est d'un pronostic défavorable.

Modifications de la courbe thermique sous l'influence de la thérapeutique. — Or, nous avons remarqué, au cours de nos cures par l'iodure de bismuth, quinine et arsenic, que se produit fréquemment, le lendemain de l'injection, une élé-

vation de température. Quelle est la cause de ce phénomène? Une réactivation de l'infection (Herxheimer)? Est-il inhérent à la nature du produit actif injecté? de l'excipient? substances ne faisant pas partie (hétérogènes) de l'organisme, de la même façon, mais à un degré moindre qu'une injection de lait, de métaux colloïdaux?

Le même phénomène, très atténué, s'observe chez des syphilitiques apyrétiques, traités de la même façon.

Terminaison. — L'issue de cet état morbide se présente sous les modalités suivantes :

Guérison clinique spontanée. — En dehors de toute thérapeutique, la guérison clinique spontanée s'observe parfois. Ceci ne saurait surprendre; ils sont nombreux les amibiens coloniaux qui, contractant une amibiase évidemment bénigne qu'ils ont traitée, si nous pouvons ainsi nous exprimer, par des tisanes anodines, une purge, une orgie, ont présenté cette évolution favorable. Dans ces cas, les kystes amibiens persistent.

Sédation thérapeutique de l'épisode aigu. — Dans certains cas, sous l'influence de la thérapeutique instituée, l'épisode aigu rétrocede, le malade n'a plus qu'une selle quotidienne pâteuse ou moulée; il est emporté par une complication intercurrente. A l'autopsie, on trouve un intestin ulcéré en imminence de perforation. La déshydratation et les déchéances fonctionnelles expliquent cette évolution spéciale.

Rechutes spontanées. — Le malade de l'observation 82, que nous soupçonnons être l'origine de l'épidémie, présentait, quelques semaines après le début apparent de celle-ci, une rechute de l'épisode aigu. L'amibiase est, par définition, une affection chronique à rechutes. Sept malades ont présenté, après guérison clinique et blanchiment coprologique, une rechute dans le cours de l'année suivante; nous en reparlerons.

Cas incoercibles. — Dans certains cas, le terrain est particulièrement favorable à la vie de l'amibe qui se montre rebelle aux thérapeutiques, tels les cas des observations 113, 114, 117, qui, malgré les techniques les mieux suivies, présentent une rechute dysentérique.

Rechutes provoquées. — Parfois, chez un malade que l'on croyait guéri, l'administration d'une purge entraîne la réapparition du tableau clinique dysentérique (obs. 8). Il s'agit, dans ces cas, d'une réactivation de l'affection; le procédé est d'ailleurs employé quand on veut vérifier la guérison coprologique de l'affection.

Mort.

a) *Par complication inter-courante.* — Une maladie inter-courante se déclarant chez un dysentérique appauvri en eau et en globules, revêt une gravité particulière, le malade meurt en général.

b) *Du fait de la maladie.* — La dysenterie amibienne, d'une haute gravité chez un individu cachectique ou taré organiquement, détermine l'issue fatale; le malade meurt en cardio-rénal (oligurie, œdèmes). Parfois, les déperditions aqueuse et sanguine, les résorptions toxiques et septiques, au niveau d'un intestin ulcéré déclenchent soudainement l'issue fatale; le malade n'a même pas le temps de faire de perforation ni de péritonite, ainsi que nous nous en sommes rendu compte à l'autopsie.

Dans une seule observation, la mort est due à l'ulcération d'un important vaisseau mésentérique (obs. 60).

Évolution thérapeutique. — L'évolution de l'affection, sous l'influence de la thérapeutique sera exposée plus loin.

Particularités anatomo-pathologiques. — Au cours de sept nécropsies, nous avons pu faire les constatations suivantes :

Estomac. — Dans l'observation 59, il existe, au voisinage du pylore, une dizaine d'ulcérations à peu près circulaires, du diamètre d'un grain de millet, intéressant la tunique musculaire. Dans ses autres segments, la paroi gastrique ne présente aucune particularité.

Duodenum. — Dans les observations 58 et 59, au niveau de la première portion du duodénum et surtout dans sa moitié pylorique, nous relevons l'existence d'ulcérations semblables à celles que nous venons de décrire, un peu plus nombreuses toutefois (12-15). Dans ces cas, l'estomac ne présente rien de singulier dans ses autres segments.

Nous découvrons donc des ulcérations sur le versant duodénal du pylore dans l'observation 58 et sur les versants gastrique et duodénal de cet orifice dans l'observation 59.

Après lavage pour décaper ces ulcérations, le fond en apparaît irrégulier, terne, contrastant avec la muqueuse voisine, laquelle est lisse et brillante.

Ces ulcérations sont bien pathologiques, d'origine amibienne, car :

1° S'il s'agissait d'ulcérations cadavériques, il y aurait *a fortiori* coexistence d'ulcérations (pouvant aller jusqu'à la perforation) gastriques de même nature, surtout au niveau de la grande courbure. Celles-ci sont classiques; nos recherches pour savoir si de semblables lésions duodénales, d'origine cadavérique, avaient été signalées, ont été vaines. Donc, logiquement — car il y a, en médecine, une logique qui, pour n'être pas absolue, n'en existe pas moins — étant donné l'absence de lésions gastriques cadavériques, ces ulcérations de la région pylorique doivent être considérées comme étant d'origine pathologique (et ce, d'autant plus, que les autopsies ont été pratiquées de 24 à 36 heures après le décès des malades, dans des conditions ambiantes ne précipitant pas la décomposition cadavérique).

2° Nous avons, de ces pièces, fait pratiquer un examen histologique qui a confirmé notre impression première. Les coupes ayant été perdues, nous avons le vif regret de ne pouvoir en donner une reproduction.

3° Cette affirmation se trouve légitimée par la constatation faite par Boyer, d'amibes vivantes dans le duodénum. Si l'existence de ces dernières dans ce segment de l'intestin permet d'expliquer l'infection, par voie directe, du cholédoque et de la vésicule biliaire, elle peut également faire comprendre l'existence d'ulcérations au niveau du duodénum et de l'antra pylorique et en signer la nature.

Nous ne sachons pas que ces lésions aient été signalées.

Dans ces cas, nous n'avons pas trouvé d'ulcérations au niveau de l'iléon.

De plus, pour rendre possible l'ulcération de la zone pylorique par l'amibe libre, laquelle, en milieu acide, ne peut rester mobile mais s'enkyste, il faut nécessairement invoquer l'existence d'une hypochlorhydrie extrême; cette hypothèse est bien vraisemblable dans les cas que nous envisageons.

N'est-il pas d'ailleurs remarquable que nous ayons découvert ces ulcérations au niveau des segments pyloriques de l'estomac et du duodénum, lesquels sont le siège le plus fréquent du cancer et de l'ulcère qui reconnaissent comme point de départ habituel les glandes de Brünner, glandes à pepsine exclusives à l'estomac et à la première portion du duodénum?

Colon. — Les lésions coliques observées n'ont rien que de classique.

Nous fûmes frappé par la profondeur de certaines ulcérations qui, intéressant muqueuse et musculuse, n'avaient pas eu le temps de perforer la séreuse, les malades étant décédés, sidérés dans leurs fonctions organiques par la toxi-infection intestinale.

Signalons ici cet incident curieux survenu chez la malade de l'observation 9 qui, au cours d'efforts violents de défécation présenta un prolapsus partiel du rectum. Grâce à cette rectoscopie « à ciel ouvert », nous pûmes constater après traitement la présence de nombreuses zones gris-bleuâtre lisses correspondant à des ulcérations dysentériques cicatrisées.

Contenu intestinal. — Dans certains cas, les malades sont morts diarrhéiques. Dans les observations 54 et 59, la déshydratation tissulaire était telle que ces malades présentèrent de l'anurie et de la constipation au cours de leurs dernières heures; à l'autopsie, l'intestin renfermait des scyballes.

Péritoine. — Jamais perforé, car les malades sont décédés avant ce stade de l'ulcération, le péritoine dans l'observation 58 renfermait quelques centimètres cubes d'un liquide louche traduisant l'existence d'une péritonite suraiguë due aux microbes intestinaux. Ce doit être d'ailleurs l'explication de certains cas à issue fatale, à en juger d'après les symptômes qui éclatent soudainement quelques heures avant la mort : faciès péritonéal, hypothermie, fréquence de la respiration, rapidité et petitesse du pouls, anurie, etc.

Foie. — La recherche systématique et périodique de l'état hépatique nous a permis, chez le malade de l'observation 54, au bout d'un mois de traitement classique, de décèler l'existence d'un point douloureux, provoqué et non spontané, au niveau du lobe gauche du foie. A l'autopsie, nous nous rendîmes compte qu'il s'agissait, non d'un abcès ainsi que nous l'avions cru, mais d'une hépatite diffuse de tout le lobe gauche, qui n'arriva pas au stade d'abcédation car le malade décéda trop tôt.

Vésicule biliaire. — Sur sept autopsies, nous trouvâmes une fois (obs. 56) la vésicule biliaire remplie de boue biliaire, mais à paroi macroscopiquement normale; et deux

fois, la vésicule, dite « fraise » (obs. 54 et 58, chez des malades traités classiquement et n'ayant jamais présenté de symptômes vésiculaires, de fièvre notamment). Cet aspect, dénotant une inflammation chronique légère, nous avons émis l'hypothèse qu'il s'agissait dans ces cas de cholécystite amibienne, car la constatation de deux vésicules pathologiques sur sept autopsies ne nous a pas semblé être l'effet d'une facétie du hasard. Mais s'agit-il de cholécystite amibienne (nous serions beaucoup plus affirmatif si nous avions relevé l'existence d'ulcérations de la paroi vésiculaire) ou bien de cholécystite due aux microbes intestinaux? La cholécystite amibienne aiguë primitive a été identifiée par M. le Professeur Tanon et M. Trabaud.

THÉRAPEUTIQUE

Nous avons appliqué à nos malades diverses thérapeutiques classiques.

Régime. — Le régime a, dans tous les cas de dysenterie amibienne aiguë, consisté en bouillon de légumes, farineux, riz, pâtes alimentaires, donnés en quantité suffisante car il ne faut pas sous-alimenter ces malades dont les déperditions aqueuse et sanguine sont souvent importantes. Les infusions à discrétion ont été prescrites pour lutter contre la soif souvent intense, la déshydratation, l'oligurie fréquente.

Dans l'amibiase chronique, nous n'avons pas fait suivre de régime exclusif et sévère à nos malades, dont l'état général était souvent très précaire.

Les diverses médications anti-amibiennes. — Nombreux ont été les traitements préconisés dans l'amibiase; ils n'ont pas tous tenu leurs promesses. Tel médicament nouveau-né, aux premières armes brillantes, jouit d'une période d'engouement, au cours de laquelle sa valeur est hautement proclamée; l'oubli, ce verdict du temps, le recouvre parfois de son linceul.

A la lumière des nombreux travaux qu'a suscités la thérapeutique anti-amibienne, il faut nettement discriminer entre la dysenterie amibienne aiguë et l'amibiase chronique et, dans ces deux cas, entre les points de vue clinique et coprologique.

Les résultats de la thérapeutique au point de vue clinique dans la dysenterie amibienne aiguë. — C'est, qu'en

effet, dans la dysenterie amibienne aiguë envisagée du point de vue clinique, tout réussit depuis l'abstention thérapeutique et les incantations à Saint-Veit, à sa chapelle miraculeuse, dans les cas favorables, jusqu'aux dérivés arsenicaux pentavalents (stovarsol et tréparsol), en passant par l'ipéca sous toutes ses formes (ipéca à la brésilienne, pilules de Segond, ipéca-quinine (Vincent et Muratet), pâte de M. Ravaut), l'émétine, le sulfate de soude à doses réfractées, l'iodure double d'émétine et de bismuth, le sulfate de thorium (Frouin), les semences de Brucea-Sumatrana (Kho-Sam), le simarouba, le 914 en injections intra-veineuses ou par voie buccale (M. Ravaut), la salicaire, le garcinia mangoustana, l'hordénine, l'acétylarsan.

• Récemment, M. Ravaut a obtenu d'excellents résultats avec le 606 administré *per os*.

Sous l'influence de ces diverses médications, les symptômes cliniques de la dysenterie amibienne aiguë rétrocedent, en général, facilement, surtout lorsqu'il s'agit du premier épisode aigu de cette affection (dans les cas de reviviscence dysentérique au cours de l'amibiase chronique, les échecs cliniques ne sont pas rares; nous rappelons également l'observation de cet enfant hérédo-syphilitique qui, au cours et en dépit d'une cure arsenicale, contracta la dysenterie).

Les résultats thérapeutiques au point de vue clinique dans l'amibiase chronique. — Contre les manifestations cliniques très polymorphes de l'amibiase chronique, les mêmes médicaments ont des succès, mais aussi des échecs et cela, malgré la meilleure conduite du traitement.

Mais la question est beaucoup plus intéressante si l'on se place au point de vue coprologique.

Les résultats thérapeutiques au point de vue coprologique dans la dysenterie amibienne aiguë. — Dans la dysenterie ami-

bienne aiguë, ces thérapeutiques ont des effets inconstants et souvent éphémères. On améliore plus souvent l'état général et le fonctionnement intestinal que l'on obtient le blanchiment coprologique des malades.

La faillite de l'émétine est à ce point de vue un fait maintenant admis. L'émétine ne fait disparaître définitivement les amibes que dans les cas de localisations extra-intestinales de l'affection (abcès du foie, du poulmon). Elle n'a aucune action sur les kystes amibiens de l'intestin et n'empêche pas le passage de l'affection à la chronicité.

Les mêmes considérations s'appliquent également, dans de nombreux cas, aux arsenicaux pentavalents.

Les résultats thérapeutiques au point de vue coprologique dans l'amibiase chronique. — Dans l'amibiase chronique, les amibes elles-mêmes résistent parfois à l'émétine (le caractère hémorragique des selles implique la présence d'amibes vivantes); les kystes amibiens *a fortiori* persistent.

Quant aux dérivés arsenicaux pentavalents, ils ont aussi des échecs à leur actif. Certaines statistiques accusent avec le stovarsol deux tiers d'insuccès. Nos cas personnels traités par le stovarsol ou le tréparsol confirment, ainsi que nous le précisons plus loin, cette appréciation.

Le 914, par voie veineuse ou *per os*, associé ou non à l'émétine, laisse, à ce même point de vue, à désirer. « S'il agit bien dans les phases aiguës ou sub-aiguës de l'amibiase, il est insuffisamment actif dans les formes chroniques, puis il devient complètement inefficace sur l'élimination des kystes. (M. Ravaut.) »

Quant aux pansements rectaux (liqueur de Labarraque, dermatol, gonacrine, argyrol, etc.), ils ont un rôle purement palliatif et visent, non pas à détruire les kystes amibiens puisque ceux-ci sont profondément situés dans la paroi intestinale, et non seulement dans son segment rectosigmoïdien, mais à améliorer les pénibles symptômes de toute colite.

THÉRAPEUTIQUE BISMUTHIQUE

Après essai de quelques-uns des traitements sus-mentionnés, les considérations suivantes nous ont conduit à utiliser, dans l'amibiase, une thérapeutique bismuthique.

Il y a parenté étiologique et clinique entre l'amibiase, la syphilis et le paludisme (M. Ravaut).

Le bismuth est d'un usage courant par voie buccale, sous forme de sels insolubles dans les états diarrhéiques et la dysentérie amibienne en particulier. Ces sels insolubles ne sont solubilisés et assimilés par l'intestin qu'en infime proportion, seule agissante, le reste de leur masse ne constituant qu'une poudre inerte non médicatrice. Au contraire, un complexe bismuthique, injecté dans un muscle, complètement assimilé dans ces conditions, puis transporté par le courant circulatoire, devait exercer sur l'intestin une action parasiticide bien plus intense.

Enfin, si à un syphilitique, en cours de traitement bismuthique, l'on est amené à prescrire une purgation et que celle-ci coïncide avec une injection bismuthique, l'effet de cette purge, une diarrhée provoquée, expérimentale, est retardé et diminué.

Nous avons d'abord fait l'expérimentation suivante. Trois chats, âgés de deux mois, ont été soumis à un régime insuffisant durant quelques jours, puis inoculés par voie rectale avec des selles dysentériques fraîches, renfermant des amibes. Le même jour et ensuite tous les jours, nous leur avons injecté, sous la peau, un centimètre cube d'un mélange d'une ampoule d'iodo-bismuthate de quinine contenant 0 gr. 40 de ce sel dans 30 volumes d'huile

d'olives. Aucun de ces chats ne présenta de troubles intestinaux. Sacrifiés au bout de quinze jours, nous ne pûmes constater de lésions intestinales.

Nous avons alors appliqué cette méthode à nos amibiens (une injection tous les 2 à 4 jours d'iodo-bismuthate de quinine contenant 0 gr. 05 de bismuth métal).

Les résultats immédiats furent les suivants :

Retour en quelques jours de la température à la normale;

Disparition macroscopique du sang en deux jours le plus souvent, parfois 4 ou 6 jours;

Diminution rapide du nombre des selles;

Disparition des amibes et des kystes ambiens, dans 9 cas sur 11, après 8 à 20 jours de traitement.

Mais nous nous rendîmes compte que ces malades, qui sont des aigus comparables à des typhiques, à fonctions organiques adultérées, ne réagissent pas à cette thérapeutique de la même façon que des syphilitiques, lesquels, somme toute, sont des individus à fonctions sensiblement normales en général. Ils présentaient en particulier de la dépression et, dans quelques cas, des complications à distance (liséré gingival, stomatite, grippe bismuthique).

Aussi, nous avons rapidement été amené à utiliser un complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic, en milieu organique spécial, doué de propriétés favorisantes de l'action parasiticide du bismuth et de l'arsenic, que nous prépara la maison Robert et Carrière, en injections intramusculaires tous les deux ou trois jours d'une ampoule correspondant à 0 gr. 05 de bismuth métal et 0 gr. 0015 d'arsenic métalloïdique.

Nous n'avons pu vérifier, par des procédés de laboratoire, l'élimination de ce produit; nous nous en sommes tenu à l'observation clinique sévère.

Effets thérapeutiques de l'iodure de bismuth, quinine et arsenic, dans la dysenterie amibienne aiguë. — Or, dans la dysenterie amibienne aiguë, ce produit nous a donné les résultats suivants après 6 à 10 injections, en 15 à 20 jours :

- 1° Retour en quelques jours à la température normale;
- 2° Amélioration rapide de l'appétit et de l'état général;
- 3° Disparition macroscopique du sang des selles en 2 à 6 jours;
- 4° Retour, en 2 à 10 jours, à une selle quotidienne normale;
- 5° Disparition, en une à trois semaines, des amibes et des kystes, dans 82 % des cas.

Résultats comparés des thérapeutiques instituées dans l'amibiase aiguë. — De sorte que nous pouvons résumer ainsi les résultats de ces diverses thérapeutiques dans l'amibiase aiguë.

I. — *Thérapeutiques classiques (ipéca, émétine, novarsénobenzol, arsenicaux pentavalents).*

Disparition macroscopique du sang des selles en 2 à 30 jours.

Retour des selles à la normale, c'est-à-dire une selle quotidienne normale en 3 à 60 jours.

Blanchiment coprologique (disparition des kystes amibiens) après traitement d'attaque :

25 succès, soit 33 % des cas
30 échecs, soit 40 % des cas
19 décès, soit 25 % des cas

II. — *Thérapeutique bismuthique.*

A) Iodo-bismuthate de quinine :

Disparition macroscopique du sang des selles en 2 à 6 jours :

Retour des selles à la normale en 6 à 15 jours ;

Blanchiment coprologique :

9 succès, soit 75 % des cas

2 échecs, soit 25 % des cas

B) Traitement par le complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic :

Disparition du sang des selles en 1 à 7 jours ;

Retour des selles à la normale en 2 à 14 jours ;

Blanchiment coprologique :

33 succès, soit 76 % des cas

8 échecs, soit 16 % des cas

2 décès, soit 4 % des cas

Les selles prélevées, après lavements iodés et purgatif drastique, ont été examinées selon la méthode par enrichissement de M. Carles.

Dans un premier groupe de 27 malades soumis au traitement bismuthique et retrouvés un an après (un décès), nous notons deux rechutes cliniques, 24 malades sont restés guéris sans rechutes cliniques et toujours coprologiquement blanchis.

Dans un deuxième groupe de 25 malades, soumis au même traitement et retrouvés de 1 an après l'épisode aigu (l'un est décédé, non de dysenterie amibienne, mais de tuberculose intestinale), 5 ont présenté une rechute clinique ; 19 restent cliniquement guéris et coprologiquement blanchis.

Globalement, nous pouvons dire que, sur 52 malades, traités selon cette méthode, nous avons eu 9 insuccès et

que 43 guérisons cliniques, soit 82 % se maintiennent au bout de une à deux années.

Résultats de la thérapeutique par l'iodure de bismuth, quinine et arsenic, dans l'amibiase chronique. — Or, nous avons repris 19 échecs des thérapeutiques classiques avec l'iodure de bismuth, quinine et arsenic, avec les résultats suivants :

16 guérisons cliniques, et blanchiments coprologiques, soit 84 %;

3 échecs, soit 15 %.

Cette thérapeutique s'est donc montrée efficace dans des cas non choisis, ayant résisté aux traitements classiques. Néanmoins, l'heureuse modification intestinale obtenue ne s'est pas toujours maintenue, ce que les lésions intestinales résiduelles expliquent parfois surabondamment.

Donc, globalement, le traitement par l'iodure de bismuth, quinine et arsenic nous a donné 79 % de succès et 20 % d'échecs.

Conduite du Traitement. — Après le traitement d'attaque par des injections à 2 ou 3 jours d'intervalle, du complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic, il est donc prudent d'instituer des cures d'entretien. Dans les cas chroniques, nous avons, selon le conseil de M. Carnot, prescrit l'administration fréquente de doses laxatives de calomel et de sulfate de soude.

En résumé, tant au point de vue clinique que coprologique, ce complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic, seul traitement actif employé, s'est révélé particulièrement efficace dans l'amibiase aiguë ou chronique, puisque, du point de vue coprologique, seul intéressant (nous n'avons pas recherché l'éosinophilie), il nous a donné glo-

blement 79 % de blanchiments immédiats (qui se sont maintenus dans les 4/5 des cas) contre 33 % à l'actif des méthodes classiques.

Nous disons blanchiment et non stérilisation. C'est qu'en effet si, au bout de un ou deux ans, chez nos malades cliniquement guéris et préparés selon la méthode rigoureuse des lavements iodés et du purgatif drastique, l'examen des selles par enrichissement a été négatif, nous n'en inférerons pas que ces malades sont à l'abri de rechutes. De même qu'une séro-réaction négative dans la syphilis, la non-découverte de kystes amibiens, n'est pas un critérium absolu et il serait bien téméraire d'asseoir, sur cette constatation négative, une affirmation de guérison coprologique et un pronostic d'enthousiaste optimisme. L'amibiase est, par définition, une affection chronique à récides cliniques ou simplement coprologiques et nous rappelant l'observation récemment publiée par M. Flandin, d'une rechute de dysenterie amibienne, après 33 ans de vie normale, et la leçon de modestie qu'elle comporte, nous dirons qu'une seule série (sans cure d'entretien) d'iodure de bismuth, quinine et arsenic, nous a permis d'obtenir, dans l'amibiase aiguë et chronique :

1° Des résultats cliniques supérieurs à ceux que donnent les traitements classiques (car nombreux sont les cas aigus ou chroniques qui n'ont cédé, pour plus ou moins longtemps, qu'à ce complexe bismutho-arsenical);

2° Le blanchiment coprologique qui se maintient au bout de une ou deux années dans 82 % des cas.

Tolérance aux médicaments. — Or, après l'exposé des avantages que cette statistique nous permet de préciser en faveur de l'iodure de bismuth, quinine et arsenic, il convient d'ajouter ceux qui ont trait à sa tolérance par l'organisme des malades.

En outre de son impuissance coprologique, l'émétine a de nombreux inconvénients bien connus. Dans nos obser-

vations personnelles, elle a parfois déterminé des nodules aux points d'injection, de l'oligurie. Nous connaissons un cas de névrite optique due à son usage et qui ne rétrocéda pas totalement.

Les arsenicaux pentavalents, en plus de leurs échecs non seulement coprologiques, mais encore cliniques, ont causé dans un de nos cas une éruption morbilliforme et assez fréquemment de la céphalée et des vomissements qui disparaissent quand on cesse le traitement.

Le complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic est bien toléré. Il ne détermine ni iodisme, ni asthénie, car l'arsenic compense l'action déprimante du bismuth et l'action déglobulisante de la quinine; la tension artérielle reste inchangée; les malades peuvent se lever précocement, l'insomnie et les vomissements cessent.

Certes, les médicaments classiques sont mal supportés quand les malades présentent des tares organiques importantes, mais ces mêmes malades tolèrent parfaitement le traitement par l'iodure de bismuth, quinine et arsenic. L'albuminurie préexistante n'est pas augmentée. Le traitement bismutho-arsenical ne détermine pas son apparition. Il n'y a pas oligurie.

Aux points d'injection nous n'avons constaté ni douleur, ni nodules, ni abcès.

Le liseré gingival bismuthique, que l'on est en droit de redouter, est exceptionnel et n'aboutit pas à la stomatite car l'arsenic qui entre dans la composition de ce complexe prévient cette complication par action sur le saprophytisme buccal. N'est-il pas d'ailleurs classique de traiter la stomatite bismuthique comme toutes les stomatites, par l'arsenic? En général, on s'adresse aux arsenicaux organiques; ici, par contre, il s'agit d'un sel minéral. Les soins de bouche, durant le traitement, ne sont donc pas rigoureux.

Sous son influence, l'appétit que n'avaient pas fait renaître les arsenicaux pentavalents reparaît vite, le poids augmente, l'état général est rapidement transformé.

Traitement des séquelles. — Si les cas d'amibiase, traitée par le complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic, semblent d'un avenir favorable, tant clinique que coprologique, il convient d'ajouter que lorsqu'il s'agit de cas anciens, jusqu'alors invétérés (obs. 113, 114, 117), les malades, après blanchiment coprologique et rétablissement clinique, peuvent présenter (obs. 113), quelques semaines après cessation du traitement, des troubles intestinaux (diarrhée, coliques) qui n'ont pas de justification coprologique, mais que les lésions intestinales résiduelles expliquent surabondamment. Ces malades doivent alors être traités, non pas comme des amibiens, mais comme s'ils avaient purement et simplement de la colite muco-membraneuse (régime, traitement symptomatique, cure thermale, etc.), et il y a lieu, croyons-nous, de pratiquer, à intervalles éloignés, une semaine par exemple, des injections d'iodure de bismuth, quinine et arsenic, dans le but de créer et d'entretenir des états vago-sympathique et humoral meilleurs, de supprimer le symptôme diarrhée, la déperdition aqueuse et de consolider la guérison coprologique.

D'ailleurs, nous croyons que le même mécanisme physiologique intervient dans les cas de guérison de diarrhée d'origine amibienne non prouvée, nous sommes tenté de dire d'origine non amibienne et où les arsenicaux réussissent également bien.

Les crises douloureuses, souvent prédominantes à droite (le maximum à droite des lésions semble assez fréquent) sont justiciables, croyons-nous, de la diathermie. En cas de lésions sigmoïdo-rectales, les pansements sont alors tout indiqués.

Mécanisme thérapeutique. — En somme, le complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic, semble dépourvu de toxicité, même lorsque les injections sont très rapprochées. Nous les faisons, d'abord, à 4 jours d'intervalle, puis à 3;

nous avons même pu les pratiquer à 2 jours ou 36 heures de distance. Or, chez nos amibiens chroniques, à état général très altéré, dont les fonctions des glandes digestives étaient déficientes et la flore intestinale adultérée, tout en permettant aux malades de suivre le régime de leur choix, nous nous sommes rendu compte que par le seul fait de la thérapeutique par ce complexe exclusivement instituée, les glandes digestives présentaient un fonctionnement meilleur et la flore intestinale se modifiait en mieux.

Cette amélioration nous semble due à ce fait que l'introduction de cette substance dans l'organisme crée un nouvel équilibre vago-sympathique, lequel engendre un état humoral meilleur et, conséquemment, un retour vers la norme du fonctionnement glandulaire et de la flore intestinale (M. Tanon), les humeurs organiques ainsi modifiées devenant un mauvais milieu de vie pour l'amibe et les kystes.

Et même, dans les cas de parasitose concomittante, nous n'avons jamais visé à faire disparaître celle-ci préalablement. Attaquant directement l'amibe, nous avons obtenu, sous l'influence de la thérapeutique, la guérison clinique et le blanchiment coprologique: les parasites associés persistaient après la cure, mais nous les considérons comme banals et ne jouant, en général, aucun rôle dans l'évolution de l'amibiase et la conduite du traitement.

Polytropisme de l'iodure de bismuth, quinine et arsenic. —

Mais, à ces avantages, s'ajoute le polytropisme du complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic, qui est également efficace dans la syphilis et le paludisme, ce qui ne saurait surprendre, étant donné la parenté étiologique, clinique, thérapeutique, bien mise en évidence par M. Ravaut, qui existe entre ces trois affections.

Il présente d'ailleurs l'avantage, de par l'arsenic qui entre dans sa composition, de neutraliser l'action dépri-

mante du bismuth et déglobulisante de la quinine; et, dans ces cas, il a une action tonique et de reconstitution globulaire qui dispense de cure arsenicale.

Par conséquent, le complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic, arme curative à multiples tranchants, permet, et cela est surtout vrai aux colonies, de poursuivre simultanément, sans cumulation thérapeutique et par suite toxique, la cure de ces trois maladies, souvent associées chez le même sujet. Aussi, sous prétexte d'atteindre les manifestations cliniques de l'une d'elles, l'on poursuit du même coup la cure des deux autres; et ainsi, l'on stérilise le réservoir de virus malarique et syphilitique que constitue l'ami-bien atteint de cette triade pathologique.

Il en résulte que cette cure plurale aboutit à rendre non dangereux à ces trois points de vue l'individu contaminé. Cette thérapeutique aurait, dans les Colonies, l'avantage d'être prophylactique à plusieurs titres, car les malades, ainsi traités sous des indications diverses, deviendraient de ce fait non contagieux à ces trois points de vue réunis.

CONCLUSIONS

Dans l'amibiase, tant aiguë que chronique, fréquents sont les échecs cliniques et surtout coprologiques des thérapeutiques classiques.

Dans l'amibiase aiguë, le complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic, que nous avons étudié présente un pouvoir curateur beaucoup plus élevé que les médications classiques.

Dans l'amibiase chronique, avec persistance des kystes amibiens, ayant résisté aux thérapeutiques classiques, l'iodure de bismuth, quinine et arsenic, permet d'obtenir les blanchiments clinique et coprologique des malades dans la grande majorité des cas.

Ce produit est bien supporté, même par les malades intolérants aux médications classiques; il ne présente pas de contre-indications.

Il est, en raison de sa formule, un médicament à action plurivalente. Egalement actif dans la syphilis, il constitue un succédané avantageux de la quinine dans le paludisme.

Parce que, multicurateur, il devient une arme prophylactique à l'endroit de ces trois affections, coloniales par excellence.

Vu : le Doyen
H. ROGER

Vu : le Président de Thèse
CARNOT

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- Béros. — L'Amibiase au Maroc, par MM. Béros, Jobart et Vandœuvre. *Journ. Méd. Maroc*, 1925.
- Brumpt. — Précis de parasitologie.
- Brumpt. — Sur Entamoeba-Dispar. *Bull. Méd.*, 1926.
- Cade et Ravaut. — Succès remarquable du stovarsol dans un cas de dysenterie amibienne. *Lyon Méd.*, 20 juillet 1924.
- Cade et Vaucher. — Amibiase dysentérique autochtone. *Soc. Méd. Hop.*, 30 juin 1915.
- Carles. — La dysenterie amibienne et les entérites chroniques de guerre.
- Carles et Foussard. — Les lésions recto-coliques dans la dysenterie amibienne. *Presse Méd.*, 15 mars 1917.
- Carles et Foussard. — Les reviviscences de la dysenterie amibienne. *Progrès Méd.*, 5 déc. 1916.
- Carnot et Boltanszki. — Paludisme quinino et arsenico résistant traité avec succès par l'iodo bismuthate de quinine soluble. *Paris Méd.*, 14 mai 1927.
- Carnot et Turquety. — Les maladies d'importation exotique depuis la guerre. *Paris Méd.*, 1^{er} déc. 1917.
- Chauffard. — La dysenterie amibienne chronique. *Presse Méd.*, 14 mai 1913.
- Couvy. — Notes sur le traitement de la dysenterie amibienne par le stovarsol. *Soc. de Path. exot.*, 9 juillet 1924.
- Delille, Paiseau, Lemaire. — Une épidémie de dysenterie bacillaire à l'Armée d'Orient. *Soc. Méd. Hôp.*, 28 juill. 1916.
- Delanoë. — L'action du stovarsol dans la dysenterie amibienne marocaine. *Méd.*, 15 mai 1923.
- Dopter. — Les dysenteries. 1910.

- Dopfer. — Les actualités médicales, 1926.
- Flandin. — Récidive de dysenterie amibienne au bout de 33 ans.
Bull. Méd., 1926.
- Florand. — Maladies du tube digestif.
- Fuchs et Bouchet. — Une petite épidémie d'amibiase sur le front.
Presse Méd., 6 août 1917.
- Goiffon et Roux. — Les entérites à lamblas. *Archiv. des Mal.*;
app. digestif. 1918.
- Jausion et Rubenthaler. — Traitement de la dysenterie amibienne
par le stovarsol. *Paris Méd.*, 7 juin 1924.
- Kelsch et Kiener. — Traité des maladies des pays chauds.
- Kérambrun. — *Journal de Méd. et Chir. Prat.*
- Langeron. — *Manuel de microscopie.*
- Laubry et Mare. — Syndrôme entéritique chronique et aptitude
militaire. *Presse Méd.*, 20 septembre 1917.
- Marchoux. — Le stovarsol dans la dysenterie amibienne. *Bull. de
la Soc. de Path. exotique*, 14 février 1923.
- Marie. — *Bull. Méd.*, 11 mai 1926.
- Mattéi. — *Soc. de Thér.*, 13 janvier 1926.
- Mauté. — Contribution à l'étude de la dysenterie amibienne.
Presse Méd., 26 octobre 1916.
- Mouriquand et Deglos. — Entérite des amidiens. *Paris Méd.*,
1^{er} déc. 1917.
- Panayotatou. — Les localisations extra-intestinales de l'ami-
biase. *Soc. Path. exotique*, 10 février 1926.
- Petzetakis. — Le stovarsol dans la crise aiguë de la dysenterie
amibienne. *Presse Méd.*, 7 mars 1925.
- Ravaut. — Syphilis, Paludisme, Amibiase.
- Ravaut. — A propos du séro-diagnostic bacillaire. *Soc. de Méd.
des Hôp.*, 24 novembre 1916.
- Ravaut. — Les arsenicaux par voie buccale dans le traitement,
la prophylaxie, la prévention de l'amibiase. *Presse Méd.*,
21 avril 1926.

- Ravaut et Charpin. — Recherches sur le traitement mixte de l'amibiase par voie buccale. *Paris Méd.*, 6 avril 1919.
- Ravaut et Krolunistky. — Les kystes amibiens. Importance de leur recherche dans le diagnostic de la dysenterie amibienne. *Presse Méd.* juillet 1916.
- Ravaut et Krolunistky. — Les états dysentérieformes et les dysenteries au cours de la guerre. *Rev. Gén. de Path. de Guerre*, 1917.
- Ravaut et Krolunistky. — Pourquoi avons-nous failli méconnaître la dysenterie amibienne. *Presse Méd.*, 17 avril 1916.
- Rathery et Bisch. — Abscès du foie et diarrhée des tranchées. *Presse Méd.*, 6 juillet 1916.
- Risgalla. — Existe-t-il des cholécystites amibiennes primitives. Paris, 1926.
- Sanglier. — Thèse de doctorat. 1926.
- Tanon. — Les maladies tropicales. *Monde Méd.*, 1^{er} mars 1927.
- Tanon et Trabaud. — La cholécystite primitive. *Soc. de Méd. et d'Hyg. Tropic.*, 26 mars 1926.
- Trabaud. — Les formes anormales de l'amibiase. *Revue de Méd. et d'Hyg. Tropic.*
- Trabaud. — Le masque amibiasique. *Revue de Méd. et d'Hyg. Tr.*
- Vincent et Muratet. — Dysenteries. 1917.
-

